

**THÈSE**  
pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**Stanislas BILISKO**

Né le 10 octobre 1914, à Port-Saïd (Egypte)

---

**Quelques localisations rares  
de  
syphilis extra-génitale  
de primo-infection**

---

*Président : M. GOUGEROT, Professeur.*

---

PARIS  
AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS  
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIÈRE.              |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.            |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.                |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.            |
| Bactériologie .....                                            | Robert DEBRÉ.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.                |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.              |
| Pathologie médicale .....                                      | PASTEUR-VALLÉRY-RADOT. |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | MONDOR.                |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.                |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.                |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.             |
| Thérapeutique .....                                            | AUBERTIN.              |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | TANON.                 |
| Médecine légale .....                                          | BALTHAZARD.            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LÉVY-VALENSI.          |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | Henri BÉNARD.          |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.                |
| Clinique Médicale .....                                        | ABRAMI.                |
|                                                                | FIESSINGER.            |
|                                                                | LOEPER.                |
|                                                                | RATHERY.               |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | LEREBoullet.           |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBÉCOURT.             |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | LAIGNEL-LAVASTINE.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.              |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.              |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.              |
| Clinique chirurgicale .....                                    | CUNÉO.                 |
|                                                                | GOSSET.                |
|                                                                | GRÉGOIRE.              |
|                                                                | LENORMANT.             |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | VELTER.                |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.              |
|                                                                | COUVELAIRE.            |
| Clinique d'accouchements .....                                 | JEANNIN.               |
|                                                                | LÉVY-SOLAL.            |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.               |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | OMBRÉDANNE.            |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | HARVIER.               |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.          |
| Clinique propédeutique .....                                   | Maurice VILLARET.      |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.              |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.               |
| Clinique de cardiologie .....                                  | LAUBRY.                |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.        |
| Assistance médico-sociale .....                                | N...                   |
| Professeurs sans chaire .....                                  | HAZARD.                |
|                                                                | MULON.                 |
|                                                                | OLIVIER.               |
|                                                                | SANNIÉ.                |
|                                                                | VERNE.                 |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

|                                           |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|
| AMELINE ....                              | Pathologie chirurgicale. |
| BARIÉTY ....                              | Pathologie médicale.     |
| BERNARD (E.).                             | Pathologie médicale.     |
| BEZANÇON (J.).                            | Hydrologie.              |
| BONNET ....                               | Bactériologie.           |
| BOULANGER ..                              | Chimie.                  |
| BOULIN .....                              | Pathologie médicale.     |
| BROUET ....                               | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD ...                              | Histologie.              |
| CACHERA ....                              | Pathologie médicale.     |
| CORDIER .....                             | Anatomie.                |
| COSTE .....                               | Pathologie médicale.     |
| COUVELAIRE<br>(Roger) ....                | Urologie.                |
| DELARUE ...                               | Anatomie pathologique.   |
| DELAY .....                               | Pathologie médicale.     |
| DEGREZ (H)..                              | Physique.                |
| DESOILLE ...                              | Médecine légale.         |
| DIGONNET ..                               | Obstétrique.             |
| DOGNON .....                              | Physique.                |
| FEVRE.....                                | Pathologie chirurgicale. |
| FUNCK-BREN-<br>TANO.....                  | Pathologie chirurgicale. |
| GALLIARD ...                              | Parasitologie.           |
| GARCIN .....                              | Pathologie médicale.     |
| M <sup>lle</sup> GAUTHIER-<br>VILLARS ... | Anatomie pathologique.   |
| N.....                                    | Physiologie.             |
| DE GENNES ..                              | Pathologie médicale.     |

### MM.

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| GIROUD .....               | Histologie.               |
| HAGUENAU ..                | Pathologie médicale.      |
| HALPHEN ....               | Oto-rhino-laryngologie.   |
| JOANNON ....               | Hygiène.                  |
| LACOMME ....               | Obstétrique.              |
| LANTUÉJOUL..               | Obstétrique.              |
| LAVIER .....               | Parasitologie.            |
| LELONG .....               | Pathologie médicale.      |
| LEMAIRE ....               | Pathologie expérimentale. |
| LENEGRE ....               | Pathologie médicale.      |
| M <sup>lle</sup> J. LÉVY.. | Pharmacologie.            |
| MARCHAL ...                | Pathologie médicale.      |
| MÉNÉGAUX ..                | Pathologie chirurgicale.  |
| MOLLARET ..                | Pathologie médicale.      |
| MOUQUIN ....               | Pathologie médicale.      |
| PATEL .....                | Pathologie chirurgicale.  |
| PETIT-DUTAIL-<br>LIS ..... | Pathologie chirurgicale.  |
| RENARD .....               | Ophthalmologie.           |
| RICHET .....               | Physiologie.              |
| SÈNEQUE ....               | Pathologie chirurgicale.  |
| SICARD .....               | Pathologie chirurgicale.  |
| SOULIE .....               | Pathologie médicale.      |
| SUREAU .....               | Obstétrique.              |
| TURPIN .....               | Pathologie médicale.      |
| WILMOTH ....               | Pathologie chirurgicale.  |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ALGLAVE ....            | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET ....            | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-<br>BERT ..... | Physiologie.             |
| FUENIOT .....           | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER.            | Pathologie chirurgicale. |
| UGUENIN....             | Anatomie pathologique.   |

### MM.

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| LARDENNOIS.          | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER ..         | Obstétrique.             |
| NEVEU-<br>LEMAIRE .. | Parasitologie.           |
| PIEDELIEVRE.         | Médecine légale.         |
| VAUDESCAL .          | Obstétrique.             |

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

[illegible]

## V. — CHARGES DE COURS

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| N.....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....       | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation

## A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Pour qui la vie ne fut qu'une longue  
période de sacrifice et de travail,  
afin de nous permettre d'atteindre le  
but que nous nous sommes proposé ;  
Son souvenir reste impérissable  
dans mon cœur.*

## A MA MERE

*Qui passa sa vie à veiller sur nous ;  
Qu'elle retrouve ici mon attache-  
ment filial et ma profonde gratitude.*

## A MES SŒURS

*Dont le moins que je puisse dire est  
que je leur souhaite tout le bonheur  
auquel elles aspirent.*

## A MON FRERE

*Pour lequel je formule le vœu de  
réussite dans l'accomplissement de  
ses moindres désirs.*

## A MES NEVEUX

## A MES PARENTS ET A MES AMIS

## A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de Clinique  
des maladies cutanées et syphilitiques.  
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis  
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le très  
grand honneur d'accepter la prési-  
dence de cette thèse.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE MONTPELLIER

*A qui je dois la base de mon savoir  
médical.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

Quelques observations récentes de chancres syphilitiques à localisation extra-génitale rare ou peu commune et en particulier une observation de M. TOURAINE de chancre syphilitique du front par morsure, nous ont amenés à procéder à la présente étude.

Nous n'avons pas la prétention de procéder ici à l'examen approfondi de diverses conceptions qui se sont fait jour au cours de l'évolution des idées sur la contagion de la syphilis, mais du moins nous permettrons-nous, à propos de certaines observations de syphilis extra-génitales rapportées par nos éminents prédécesseurs, d'exposer succinctement leurs conceptions sur ces points.

Au cours de notre étude, nous nous efforcerons également de rappeler pour les différentes localisations anormales ou atypiques des chancres leur ordre de fréquence, tel qu'il ressort des statistiques anciennes ou modernes et leurs aspects particuliers.

Nous rapporterons une observation faite en clientèle qui ne présente d'intérêt véritable que par la localisation très particulière du chancre et tenterons de tirer de notre étude les conclusions d'ensemble que peuvent nous inspirer les conceptions présentes, quant à la contagiosité et les possibilités de traitement de ces chancres extra-génitaux.

## FREQUENCE DES LOCALISATIONS EXTRA-GENITALES

Les chancres syphilitiques extra-génitaux sont relativement fréquents et il suffit de s'en rapporter aux recherches des différents auteurs, ainsi qu'à leurs statistiques, pour admettre comme vérité première l'expression imagée de Fournier : « Il n'y a peut-être pas un centimètre carré de peau humaine où l'on n'ait observé les chancres syphilitiques. »

Les statistiques publiées depuis Fournier, en 1887, jusqu'à la thèse de Lamy (Bordeaux, 1933), rapportent des pourcentages variables :

Pour Fournier et Chabrol, la fréquence relative par rapport aux accidents génitaux serait de 5 à 6 % chez l'homme.

Borrié et Lamy rapportent des chiffres plus élevés : 12 %.

Pour Krefling : 15 %.

Pour Porter : 14 %.

Le résultat obtenu des quelques statistiques publiées, peut nous donner une idée sur la fréquence des localisations extra-génitales chez l'homme.

Fournier, sur 471 sujets atteints, a observé 26 cas de chancres extra-génitaux : il en découle un pourcentage de 5,5 de ces chancres. Quant à M. Bassereau, il constate 24 localisations extra-génitales sur 361 cas observés, et par conséquent, une fréquence sensiblement identique à la précédente (5,5 %).

Si nous rapportons le résultat des statistiques indiquant le siège du chancre syphilitique chez la femme, nous nous rendrons compte que chez cette dernière, le chancre extra-génital est d'une fréquence beaucoup plus élevée que chez l'homme.

M. Martin, sur 38 femmes contaminées, rapporte 12 cas de chancres extra-génitaux et, partant, une fréquence de 31 % de ces chancres. Carrier obtient un pourcentage approchant du précédent : 32,6 %. (Sur 132 femmes contaminées, il constata 43 localisations extra-génitales.) Quant à M. Bureaux, il rapporte 38 localisations extra-génitales sur un total de 112 contaminations ; le pourcentage des extra-génitaux atteignant ici le chiffre de 33,9 %.

Les différences importantes des pourcentages précédents tiennent à plusieurs causes, et Fournier lui-même reconnaît que la proportion de 5 à 6 % est inférieure à la réalité des faits et ne constitue pas le chancre extra-génital.

La raison primordiale de ces rapports discordants tiendrait à la localisation même du chancre, ce dernier ne retenant pas toujours l'attention du malade,

pouvant, de ce fait, rester ignoré et non diagnostiqué.

En second lieu, la rareté de localisation dans certaines régions (chancre de la muqueuse conjonctivale, de la muqueuse pituitaire, de l'arcade sourcilière), la forme atypique que peuvent revêtir certains chancres (chancres du sein, du doigt, chancres phagédéniques et infectés ou secondairement transformés par l'application intempestive de substances antiseptiques irritantes), ainsi que la difficulté d'examen de certaines localisations (chancre de l'amygdale linguale), nous faisant passer à côté du diagnostic.

Il faut également tenir compte des questions d'hygiène, de coutumes et de races : il est des pays où, par suite du genre de vie et des habitudes, les chancres extra-génitaux sont plus répandus. Pour ne mentionner qu'un auteur : Perichitch a établi qu'en Serbie, la syphilis accidentelle et, partant, extra-génitale, est plus fréquente que la syphilis vénérienne, par suite du facteur important de dissémination des coutumes religieuses orthodoxes.

Quant à la raison de la fréquence du chancre syphilitique extra-génital beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme, elle tient uniquement à la manière dont s'effectue la contagion, laquelle ne met pas toujours en jeu les organes correspondants chez l'un et chez l'autre conjoint. En effet, elle s'explique :

1° Pour le chancre de l'anüs, par la fréquence plus grande de la sodomie exercée de l'homme sur la femme que pratiquée d'homme à homme.

2° Pour la localisation buccale, parce que la bouche de la femme est plus exposée que celle de l'homme à recevoir le contact des organes génitaux dans les rapports anormaux du coït buccal.

3° Pour le chancre mammaire, parce que la localisation est intimement liée à l'allaitement.

## LOCALISATIONS PRINCIPALES

Nous avons exposé succinctement, dans le chapitre précédent, la fréquence relative des chancres extra-génitaux. Cherchons à établir en un bref aperçu leurs localisations principales, ainsi que leur étude clinique.

Chabrol, dans sa thèse de Paris (1925), publie la statistique suivante portant sur 690 cas :

|                        | Hommes | Femmes | Total | Pourcentage |
|------------------------|--------|--------|-------|-------------|
| Lèvre supérieure ..    | 126    | 57     | 183   | 47,39       |
| Lèvre inférieure ..    | 83     | 61     | 144   |             |
| Langue . . . . .       | 25     | 11     | 36    | 5,22        |
| Amygdales . . . . .    | 49     | 37     | 86    | 12,46       |
| Gencives . . . . .     | 6      | 1      | 7     | 1,01        |
| Palais . . . . .       | 5      | 5      | 10    | 1,45        |
| Muqueuse des joues     | 3      | 1      | 4     | 0,58        |
| Menton . . . . .       | 42     | 11     | 53    | 7,68        |
| Joues . . . . .        | 10     | 1      | 11    | 1,59        |
| Œil . . . . .          | 4      | »      | 4     | 0,58        |
| Nez . . . . .          | 4      | 3      | 7     | 1,01        |
| Cuir chevelu . . . . . | 1      | »      | 1     | 0,14        |
| Cou . . . . .          | 2      | »      | 2     | 0,29        |
| Thorax . . . . .       | 1      | 1      | 2     | 0,29        |
| Sein . . . . .         | 1      | 9      | 10    | 1,45        |

|                                        | Hommes | Femmes | Total | Pourcentage |
|----------------------------------------|--------|--------|-------|-------------|
| Abdomen . . . . .                      | 2      | 1      | 3     | 0,43        |
| Aines . . . . .                        | 2      | 3      | 5     | 0,72        |
| Fesses . . . . .                       | 3      | 1      | 4     | 0,58        |
| Pubis . . . . .                        | 24     | 1      | 25    | 3,62        |
| Bras . . . . .                         | 1      | »      | 1     | 0,14        |
| Avant-bras . . . . .                   | 1      | »      | 1     | 0,14        |
| Mains . . . . .                        | 19     | 8      | 27    | 3,91        |
| Cuisses . . . . .                      | 1      | 5      | 6     | 0,87        |
| Orteils . . . . .                      | 2      | »      | 2     | 0,29        |
| Anus et région<br>péri-anale . . . . . | 17     | 39     | 56    | 8,11        |
|                                        | 434    | 256    | 690   |             |

Il en ressort que le siège le plus fréquent des chancres extra-génitaux est sans contredit la bouche et le pharynx, surtout les deux lèvres supérieure et inférieure ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les autres localisations de la face : amygdales, menton et langue. Après la face, les chancres le plus fréquemment observés siègent à l'anus et à la région péri-anale, à la main, au pubis et au sein, surtout chez la femme.

# I. - CHANCRES DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX (470 cas sur 690) :

*Origine* : Vénérienne ou non vénérienne.

*Sexe* : Surtout chez l'homme et les sujets jeunes.

*Contagion* : Vénérienne surtout (rapport génito-buccal ou contact bucco-buccal) ; contagion médiate

plus rare (verres, cuillers, fourchettes, tasses, bouteilles, biberons, pipes, cigarettes, clous, effets de bureau, instruments chirurgicaux, etc...).

Pour le nourrisson, ont été constatés quelques cas de contamination par insufflation de bouche à bouche ou par le sein des nourrices.

Le doigt souillé porté à la bouche peut aussi être un vecteur de contamination.

a) CHANCRE DES LÈVRES (327 cas sur 690) :

*Siège* : Surtout la lèvre inférieure, exceptionnellement les commissures labiales.

*Nombre* : Le plus souvent unique.

*Aspect clinique* : Il varie suivant sa localisation muqueuse ou cutanée.

1°) Sur le revêtement cutané : c'est une lésion ovale ou arrondie, rouge, érodée, surmontée habituellement par une croûte solide, adhérente, brunâtre.

2°) Sur la demi-muqueuse, c'est une érosion bien circonscrite, arrondie ou ovale, superficielle, sans bords, à fond lisse et uni, rouge chair musculaire avec quelques points jaunâtres. Souvent, induration minime de la base.

3°) Sur le revêtement muqueux, il prend souvent l'aspect papuleux, en plateau, en relief ; sa surface est érosive, rouge foncé ; sa base dure et rénitente.

4°) Sur le revêtement muqueux et cutané simultané, il peut prendre les deux aspects croûteux et érosif.

*Formes cliniques* : Parfois, l'aspect est celui d'un chancre hypertrophique, de coloration rouge foncé, avec débris sphacéliques ; l'ulcération repose sur une tuméfaction infiltrée.

Au niveau des commissures, il affecte la forme fissuraire en raghades, légèrement croûteux, recouvert à sa partie interne par un enduit diphtéroïde peu adhérent. L'induration est souvent délicate à apprécier.

Le chancre nain est très rare (érosion minime légèrement indurée ; forte adénopathie régionale).

*Adénopathie* : Constante : tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; parfois adénopathie rétro-génienne (chancre de la lèvre supérieure) ou un ganglion dans l'épaisseur jugale.

Ces ganglions présentent comme caractères habituels la multiplicité, la dureté et l'indolence, pouvant par infection secondaire devenir inflammatoires, rouges, empâtés, douloureux.

**b) CHANCRE DE L'AMYGDALE (86 cas sur 690) :**

*Début* : Par une gêne de la déglutition.

*Siège* : Le plus souvent, unilatéral ; il empiète légèrement sur un des piliers.

*Aspect clinique* : Lésion arrondie ou ovalaire persistant plusieurs semaines et toujours entourée par les tissus voisins d'une coloration rouge framboise intense.

*Formes cliniques* : 1° Forme érosive avec petite ulcération et adénopathie satellite.

2° Forme ulcéreuse à grosse amygdale creusée d'une ulcération profonde, anfractueuse, rougeâtre ou grisâtre, nettement indurée, à bords surélevés.

3° Forme angineuse à phénomènes subjectifs accusés (douleur et dysphagie).

4° Forme diphtéroïde à signes généraux et à ganglions inflammatoires.

5° Forme gangréneuse.

6° Forme pseudo-épithéliomateuse, bourgeonnante.

*Adénopathie* : Elle ne fait jamais défaut, à siège sous-maxillaire et cervical, à réaction inflammatoire habituelle.

c) CHANCRE DE LA LANGUE (36 cas sur 690) :

*Sexe* : Dans les deux sexes.

*Siège* : Surtout à la pointe ; le dos et les bords. Rare sur la face inférieure.

*Aspect clinique* : Erosion superficielle, plane, dépillée, arrondie ou ovalaire, de la grandeur d'une lentille à celle d'un pièce de 50 centimes, sans bords, de coloration rouge chair musculaire, à fond lisse reposant sur une base indurée.

*Formes cliniques* : Elle peut présenter le type d'une ulcération cupuliforme plus étendue à bord saillants,

relevés ; à fond lisse, rouge ou grisâtre, avec induration accentuée.

Parfois, chancre papuleux, en plateau, formant une saillie arrondie ou ovale, à surface jaunâtre, quelquefois déprimée au centre par une érosion cupuliforme.

Sur la face dorsale, le chancre peut prendre une forme spéciale : chancre fissuraire en raghades, chancre leucoplasique, chancre en étoile, etc...

*Adénopathie* : Unilatérale ou bilatérale (chancre médian) ; toujours du type inflammatoire, douloureuse, rarement suppurative.

#### d) CHANCRE DE LA GENCIVE (7 cas sur 690) :

*Fréquence* : Rare et souvent méconnu ; plus fréquent chez l'homme.

*Siège* : Vestibule antérieur surtout, au niveau du collet de la dent sur la face externe de la gencive.

*Aspect clinique* : C'est une érosion sans bords, de surface unie, lisse et luisante, rouge foncé, chair musculaire, ordinairement de petite taille. La forme est celle d'un croissant d'une demi-lune dont la concavité coïncide avec le rebord gingival et dont la convexité remonte vers le sillon gingival. L'induration est difficilement perceptible.

*Adénopathie* : Sous-maxillaire ou angulo-maxillaire ; monoganglionnaire au début, elle devient rapidement multiganglionnaire ; le plus souvent froide, dure et indolente ; elle peut devenir inflammatoire.

e) CHANCRE DU VOILE DU PALAIS ET DE LA MUQUEUSE  
DE LA JOUE (14 cas sur 690) :

Très rares, ils se présentent sous la forme d'ulcérations arrondies, indurées, avec adénopathie volumineuse.

II. - AUTRES CHANCRES CEPHALIQUES :

*Siège* : Front, joues, nez; oreille, œil, cuir chevelu et surtout menton.

a) CHANCRES DU VISAGE :

*Contagion* : Directe (génito-faciale ou baiser, morsure) ou indirecte (doigt ou objets de toilette souillés).

*Aspect clinique* : Souvent, c'est une ulcération de grandes dimensions (chancres géants), à induration sous-jacente très marquée.

*Adénopathie* : Ganglions satellites fortement augmentés de volume.

b) CHANCRE DES NARINES (7 cas sur 690) :

*Fréquence* : Très rare.

*Contagion* : Directe (succion, morsure) ou indirecte (inoculation par égratignure).

*Siège* : Vestibule nasal ou pituitaire.

*Examen rhinoscopique* : Il montre une érosion ou une lésion en saillie revêtant, près de l'orifice narinare, le type croûteux.

*Complications* : Troubles dûs à l'obstruction des fosses nasales ; inflammation du pourtour des narines ; cicatrisation très longue.

*Adénopathie* : Angulo-maxillaire ou de la région du cou, souvent volumineuse.

c) CHANCRE DE L'ŒIL (4 cas sur 690) :

*Siège* : Bord ciliaire, paupières, conjonctive.

*Contagion* : Directe (baiser, particules de salive) ou indirecte (doigts, objets de toilette, papier roulé, etc...).

*Aspect clinique* : 1° Au bord ciliaire, c'est une petite tumeur indolente et dure, cartilagineuse, à surface parfois croûteuse.

2° A la conjonctive, il affecte les angles ; même aspect que le précédent ; il est recouvert d'un enduit diphtéroïde, creusant en profondeur ; il est douloureux.

*Adénopathie* : Préauriculaire, parotidienne, sous-maxillaire.

d) CHANCRES DU CUIR CHEVELU (1 cas sur 690). :

*Contagion* : Directe (baiser, morsure) ou indirecte (objets de toilette, opération septique). Le nouveau-né

peut être infecté par le doigt de la sage-femme ou de l'accoucheur, lors de touchers répétés.

*Aspect clinique* : Ulcération arrondie, bien circonscrite, recouverte d'une croûte épaisse, brunâtre, reposant sur une base indurée.

*Adénopathie* : Pré ou rétro-auriculaire, sous-angulo-maxillaire, mastoïdienne, parfois sous-maxillaire ou sous-occipitale.

### III. - CHANCRES DE L'ANUS ET DE LA REGION PERI-ANALE (56 cas sur 690) :

*Fréquence* : Ils passent souvent inaperçus ; sont plus fréquents chez la femme et les enfants (viols).

*Contagion* : Vénérienne surtout (sodomie) ou accidentelle (doigts, éponges, serviettes, canules, thermomètres, etc...).

#### a) CHANCRE PÉRI-ANAL :

*Aspect clinique* : C'est une érosion ou une ulcération parfois végétante. Entre les plis radiés formant bourrelet, on peut noter la localisation ulcéreuse fissuraire ou en raghades.

#### b) CHANCRE ANAL :

*Formes cliniques* : Forme hémorroïdaire (chancre siégeant sur un bourrelet) ; forme fissuraire ; forme d'une crête (chancre siégeant entre deux feuillets adossés de la muqueuse émergeant de l'anus).

#### IV. - CHANCRE DES MEMBRES :

On a signalé toutes les localisations, y compris la plante des pieds. Les chancres des doigts nous intéressent entre tous, tant par leur fréquence relative (63 cas sur 1.134, d'après Fournier) que par leur intérêt pour le médecin et la sage-femme.

a) CHANCRE DE LA MAIN ET DES DOIGTS (27 cas sur 690) :

*Fréquence* : Le plus fréquent des chancres extra-génitaux non céphaliques.

*Contamination* : Le plus souvent professionnelle (médecin, sage-femme, dentiste, infirmière).

*Siège* : Main droite, au niveau de la dernière phalange des doigts ; plus rarement, il occupe le métacarpe ; exceptionnellement, le poignet.

*Aspect clinique* : Chancre érosif ou ulcéreux de forme orbiculaire au métacarpe, semi-lunaire au bord supérieur de l'ongle, amorphe lorsqu'il est sous-unguéal ; très douloureux. L'induration est difficile à reconnaître.

*Formes cliniques* : Parfois forme tumorale ; forme fongueuse ou forme chancre-panaris à évolution lente.

*Adénopathie* : Epitrochléenne ou axillaire ; souvent, il coexiste une traînée lymphangitique.

b) CHANCRE DU PIED ET DES ORTEILS (2 cas sur 690) :

*Fréquence* : Excessivement rare et inaperçu.

*Contagion* : Directe (vénérienne) ou indirecte (doigts, soulier, pansements contaminés, etc...).

*Siège* : Ordinairement sur le pied droit (?).

*Aspect clinique* : Forme croûteuse ou forme ulcéreuse.

*Complications* : Très souvent inflammatoires.

*Adénopathie* : Inguinale.

## V. - CHANCRES DU TRONC :

*Contagion* : 1° Directe et vénérienne (verge s'égarant loin de la région génitale) ou labiale (baisers, succion, morsure).

2° Directe et non vénérienne (transmission de la nourrice à l'enfant et vice-versa).

3° Accidentelle (serviettes, pansements contaminés, peignoirs, gants de cuir, etc...).

4° De même, mentionnons le rôle du traumatisme, y compris le tatouage.

*Fréquence* : Chancres du thorax et de l'abdomen rares.

Chancre du pubis plus fréquent (25 cas sur 690).

Chancre du sein fréquent chez la femme (10 cas sur 690).

*Aspect clinique* : Lésion circonscrite, papuleuse, recouverte d'une croûte brunâtre ; souvent, véritable tumeur surmontée d'une ulcération ; étendue considérable avec tendance marquée au phagédénisme. L'induration est très importante.

*Adénopathie* : Elle varie de siège suivant la lésion.

CHANCRE DU SEIN (10 cas sur 690) :

*Sexe* : Exceptionnel chez l'homme.

*Contamination* : Le plus souvent, par un nourrisson hérédo-syphilitique ; elle est due quelquefois à un traumatisme (morsure, succion).

*Siège* : Sur le mamelon ; très souvent bilatéral.

*Aspect clinique* : Ecorchure minime au début, elle atteint peu à peu les dimensions d'une pièce de 50 centimes . C'est une érosion vernissée, sans bords, souvent croûteuse, reposant sur une base indurée bien perceptible.

*Formes cliniques* : Il peut revêtir la forme semi-lunaire entourant le mamelon. Exceptionnellement, il devient phagédénique.

*Adénopathie* : Axillaire discrète.

## OBSERVATIONS RECENTES

Après la brève étude clinique que nous avons exposée dans le précédent chapitre, nous tenons à citer quelques observations récentes de chancres syphilitiques à localisation extra-génitale rare ou peu commune que nous avons puisées dans les publications de nos maîtres et prédécesseurs.

### OBSERVATION I

#### CAS D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'AMYGDALE LINGUALE

MM. les docteurs Lévy-Bing, médecin de Saint-Lazare, et Pierre Camus, assistant de laryngologie à l'hôpital Saint-Louis, rapportent l'observation suivante digne d'être exposée à cause du siège rare et anormal du chancre. (*Annales des Maladies vénériennes*, janvier 1931, pp. 39 à 41.)

Madame X..., âgée de 40 ans, se présente le 20 juillet 1930. Elle se plaint de gêne dans la déglutition, de mal de gorge, d'irradiations douloureuses dans l'oreille gauche et de céphalées; le tout durant depuis une quin-

zaine de jours. A l'examen, on constate un ganglion sous-angulo-maxillaire, roulant facilement sous le doigt, dur et légèrement sensible au début, qui augmente de volume et, en quelques jours, devient douloureux, empâté, mal limité.

La malade, interrogée avec soin, ne donne que des précisions vagues sur ce mal de gorge.

En présence de ces symptômes, on pensa bien à la possibilité d'un chancre primitif, mais l'examen soigneux de la bouche de la malade n'a absolument rien révélé.

Le 20 juillet, la séro-réaction de B.-W. a donné un résultat complètement négatif. Le 23 juillet, à l'examen laryngoscopique, on n'aperçoit absolument aucune lésion et ce n'est qu'à l'examen au miroir qu'on constate une lésion ulcéreuse, de forme ovale, de dimension légèrement supérieure à celle d'une pièce de 50 centimes, à bords réguliers et non surélevés, à fond plat, recouvert en totalité d'un enduit blanchâtre, diphtéroïde, épais. Cette lésion siège à la base de la langue, dans sa partie la plus postérieure; elle occupe la portion gauche de l'amygdale linguale. La partie postérieure de cette ulcération se loge dans la fossette glosso-épiglottique gauche; sa partie antérieure n'atteint pas, en avant, le V lingual. L'enduit diphtéroïde dû à l'affection secondaire surajoutée est peu adhérent et on constate que sous lui le fond de l'ulcération apparaît rougeâtre, d'un rouge plus vif que celui de la muqueuse environnante; le toucher est difficile à exécuter, provoquant des nausées pénibles et il est impossible de savoir si la base de l'ulcère est indurée.

Le 24 juillet, on pratique sur cette lésion un examen ultra-microscopique et dès la première lame, on découvre de nombreux tréponèmes.

Le traitement spécifique fut institué le jour même, et 10 jours après, l'empâtement sous-maxillaire disparut complètement; il ne subsista qu'un petit ganglion indolore roulant sous le doigt.

L'inoculation est d'origine maritale. Le mari avait été atteint vers la même époque d'un énorme chancre ulcéreux du gland.

## OBSERVATION II

### CAS D'UN CHANCRE GÉANT, ULCÉREUX DU MENTON

(MM. DANIEL, P. DAVID et VAN DEN BUSSCHE.) (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 15, 9 avril 1933, p. 312.)

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui, le 3 février 1933, se présentait à la consultation, porteur d'une ulcération assez étendue du diamètre de 3 centimètres environ occupant toute la partie droite du menton.

Dans ses antécédents, on ne note rien de particulier. Il est marié, sa femme est bien portante. Il a eu sept enfants, dont trois sont encore vivants et bien portants : une fille morte à trois ans de méningite; tous les autres, morts en bas âge d'affections indéterminées. Il dit n'avoir jamais contracté la syphilis.

L'affection actuelle a débuté dans les premiers jours de janvier. Le malade remarqua un petit « bouton » siégeant au menton, un peu à droite de la ligne médiane.

Il appliqua des emplâtres, mais il ne se produisit pas d'amélioration ; la lésion ne fit que s'étendre en surface et en profondeur, de la suppuration apparut. Localement, le malade ne ressentit que quelques picotements et de vagues élancements intermittents dans le maxillaire inférieur du côté droit.

Cette lésion présente, à l'examen, des contours arrondis; des bords infiltrés, saillants, taillés à pic, mais non décollés; le fond suppurant, jaunâtre, anfractueux. Au palper on perçoit une induration légèrement cartonnée. Tout autour de la plaie on note un œdème inflammatoire des tissus. Il existe une réaction ganglionnaire relativement peu développée; quelques ganglions sous-maxillaires assez difficiles à percevoir et un petit ganglion sous-mentonnier. L'état général est légèrement atteint : fatigue générale, anorexie.

L'aspect de cette ulcération fait croire à une ulcération syphilitique, bien que modifiée par les diverses thérapeutiques employées (en dernier lieu : eau oxygénée).

Le malade est adressé sans tarder au Professeur Archer et la recherche du tréponème est positive.

Le sujet revient le 6 février avec une lésion beaucoup plus caractéristique, l'infection secondaire ayant presque disparu grâce aux compresses d'eau bouillie. On trouve le fond rouge, humide et montueux.

Le malade est mis aussitôt au traitement classique : injections de novarsénobenzol.

### OBSERVATION III

#### CAS D'UN CHANCRE DE LA PAUPIÈRE

##### A RÉINFECTION PROBABLE

(Docteurs YVERT et PAYENNEVILLE.) (*La Normandie Médicale*, 41<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 10, octobre 1930, p. 174.)

Le nommé K..., âgé de 28 ans, sous-officier, se présente à l'infirmerie, pour la première fois, le 25 août 1930, pour une ulcération de la paupière supérieure gauche ayant débuté aux environs du 15 août, accompagnée de sensation de picotement. De son propre chef il avait appliqué une pommade mercurielle.

Le 27 août, envoyé à la consultation ophtalmologique militaire, on constate la présence d'une tuméfaction rougeâtre de la paupière, particulièrement marquée dans sa partie externe, siégeant surtout sur le bord libre de la paupière et recouvrant environ la moitié du globe oculaire. En éversant la paupière, on constate que le bord libre est remplacé par une surface plane, allongée, large d'un demi-centimètre environ au niveau de sa plus grande largeur et occupant toute la moitié externe de la paupière.

Il s'agit en somme d'une ulcération de couleur rouge vif, d'aspect vernissé et présentant un léger suintement de sérosité; elle est nettement indurée et aucunement douloureuse.

La recherche d'une adénopathie révèle l'existence d'un ganglion unique pré-auriculaire gauche, dur, indolore, de la dimension d'un gros pois, sans périadénite. On

sent également des ganglions moins volumineux, durs eux aussi, le long de la chaîne carotidienne gauche.

Le diagnostic de chancre syphilitique paraissait devoir s'imposer. Toutefois, le malade ayant été traité, en janvier 1930, pour un chancre syphilitique de la verge (la présence du tréponème ayant été constatée à l'ultra-microscope par le Docteur Maniel, ainsi que sur frottis, après coloration au Tribondeau), on eut un doute au début sur l'exactitude de ce diagnostic.

Un traitement énergique avait été institué le 28 janvier 1930 par le Docteur Coulon, chef du Centre de Dermatologie du 3<sup>e</sup> Corps d'Armée et fut interrompu dans le courant du mois de mai. La réaction de B.-W. faite à quatre reprises (29 janvier, 19 février, 19 mars et 5 avril) avait toujours été négative.

Après l'apparition de l'accident palpébral, une première recherche du tréponème, faite le 28 août, ne donne qu'un résultat négatif. Le 3 septembre, une nouvelle recherche, après coloration au Tribondeau, révèle la présence certaine du tréponème. L'examen de sang, pratiqué le 28 août, donne un Wassermann négatif, mais les 3 et 12 septembre la réaction se montre nettement positive avec un Vernes à 87 le 3 septembre et 91 le 12 septembre.

En résumé, il s'agit d'un chancre syphilitique de la paupière supérieure survenu environ 6 mois après un chancre analogue de la verge et 2 mois 1/2 après la cessation d'un traitement énergique.

#### OBSERVATION IV

##### CAS D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE PROFESSIONNEL DE LA CONJONCTIVE

(*Quinzaine Médicale*, septembre-octobre 1929.)

MM. Louste et Thibaut ont rapporté à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, une observation de chancre conjonctival syphilitique survenu chez un oto-rhino-laryngologiste et dont la nature fut méconnue jusqu'à l'apparition de la roséole. Cette erreur fut commise par les ophtalmologistes les plus autorisés.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'avoir recours aux réactions sérologiques et à la recherche du tréponème, en présence d'une conjonctive anormale.

#### OBSERVATION V

##### CAS D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE DU NEZ PAR MORSURE

(Observation de DUBREUILH. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, janv. 1914, p. 34. In *thèse* ATAOLLAH KHAN SAMIY, Paris, 1929, p. 25.)

X..., âgé de 26 ans, se présente dans le service pour une ulcération de l'aile droite du nez, apparue environ six semaines auparavant. Le malade déclare avoir été mordu au nez il y a deux mois à la suite d'une discussion avec son frère, ce dernier ayant été traité antérieu-

rement par le néosalvarsan. La petite plaie qui s'ensuivit se cicatrisa en une huitaine de jours et, seize jours après la morsure, se développa la lésion actuelle.

On constate actuellement une ulcération ovale de l'aile droite du nez, mesurant deux centimètres de longueur sur un centimètre de large, reposant sur une base indurée, saillante de quatre à six millimètres, à bords nets, réguliers, à fond plat, lisse, uni, avec un suintement séreux, clair, rosé; l'induration est nette, cartilagineuse. L'adénopathie est marquée à la région sous-maxillaire droite avec, en particulier, un volumineux ganglion du volume d'un œuf de pigeon, douloureux à la palpation et empâté, donnant l'impression d'un phlegmon sus-hyoïdien, s'accompagnant de dysphagie et d'œdème dur. A gauche, même pléiade ganglionnaire sous-maxillaire, mais moins accusée.

La recherche du tréponème à l'ultra-microscope s'est montrée nettement positive.

## OBSERVATION VI

### CAS D'UN CHANCRE SYPHILITIQUE DU DOS DE LA MAIN

(Robert MAYRAND et E. GAUMOND. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, octobre 1935, n° 10, p. 312.)

M<sup>lle</sup> R. L..., femme de peine, âgée de 19 ans, bien constituée physiquement et enceinte de six mois, vient consulter le 31 juillet 1935 dans le service de Dermatologie

pour des excroissances vulvaires rendant la marche difficile; elle présente en outre une plaie non douloureuse sur le dos de la main droite à laquelle elle n'attachait aucune importance, ne se trouvant nullement gênée. Cette lésion avait débuté vers la mi-juin sous forme d'un petit « bouton » à la face dorsale de la main.

A l'examen des parties génitales on découvre des excroissances vulvaires et péri-vulvaires, s'étendant en arrière jusqu'à l'anus et en avant jusque dans les aines; il s'agit de papillomes vénériens. Quant à la plaie du dos de la main elle se présente sous forme d'une ulcération circonscrite, ronde, de la dimension d'une grande pièce de cinq sous, couleur chair musculaire après nettoyage, à bords nets et indurés; en même temps on découvre un ganglion facilement palpable, presque indolent, à la partie inféro-interne du bras.

Les différents caractères de cette lésion laissent de suite à penser qu'il s'agit d'un accident primaire syphilitique, malgré qu'on soit en présence d'une lésion ulcérée à bords nets (la présence d'un peu de pus s'expliquant par l'application intempestive d'antiseptiques variés et l'ancienneté d'apparition de la lésion).

Vu la durée du chancre, la légère suppuration et surtout l'application d'antiseptiques faits par la malade, on jugea un examen sérologique préférable à un examen direct.

Le résultat du B.-W. s'est montré nettement positif : ++++, mais la réaction de Kahn est restée négative (?).

Traitée et revue un mois plus tard, il ne persiste plus qu'une cicatrice légèrement piquetée à l'endroit où siègeait le chancre.

La contamination de ce chancre est restée obscure; il est vraisemblable qu'à la suite d'une écorchure la main droite de la malade est venue en contact d'une lésion syphilitique en évolution chez une autre personne.

## CHANCRE SYPHILITIQUE DU FRONT PAR MORSURE

L'observation suivante, publiée le 10 novembre 1938 dans le « Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (n° 8, nov. 1938, pp. 1671-1674), par MM. A. Touraine, G. Solente et M. Payet, a retenu notre attention et nous a amené à procéder à cette étude pour une double raison :

1° Parce que le chancre syphilitique du front est d'une extrême rareté : Fournier n'en a vu que deux cas sur 1.134 chancres extra-génitaux (0,17 % des cas) et les statistiques réunies d'une dizaine d'auteurs n'ont rapporté qu'un total de cinq chancres du front sur 2.547 chancres extra-génitaux (0,19 % des cas).

2° Parce que les conditions dans lesquelles s'est faite l'inoculation sont rares, puisqu'en effet, c'est à la faveur d'une morsure dûe à un syphilitique dont la maladie, mal soignée, remontait à 4 ans et demi, mais restait virulente, que s'est produite la contamination.

Il est à noter, en outre, dans le cas présent, la relative lenteur de l'incubation (27 à 30 jours), de la période pré-sérologique et de la seconde incubation (Wassermann et roséole apparus 83 jours après l'ino-

culation) ; ainsi que l'arséno-résistance manifeste de cette syphilis.

Nous tenons à publier ci-après cette observation dans toute son intégrité

B... Germain, âgé de 31 ans, consulte le 7 octobre pour une plaque rouge arrondie, très légèrement croûteuse, de la dimension d'une pièce d'un franc, située à mi-hauteur du front, un peu à droite de la ligne médiane. Presque entièrement cicatrisée, elle présente encore deux points légèrement érodés. Elle est un peu saillante et nettement indurée.

On note, de chaque côté, une adénopathie prétragienne, du volume d'une cerise. Du côté droit, existent deux gros ganglions parotidiens, au-dessus de l'angle de la mâchoire, dont le plus volumineux a la taille d'une noix ; ils entraînent un léger trismus. Les téguments, les muqueuses, les autres territoires ganglionnaires sont indemnes.

Cet homme raconte que, le 23 juillet dernier, au cours d'une altercation pour des questions d'intérêt, il avait été renversé par son adversaire qui l'avait mordu au front, lui faisant deux petites plaies. La morsure avait été lavée à l'eau simple quelques minutes après. La plaie inférieure, près de l'arcade sourcilière, avait guéri rapidement, car très superficielle. L'autre s'était cicatrisée en quelques jours mais s'était rouverte vers le 20-23 août, c'est-à-dire 27 à 30 jours après la morsure, en formant deux petites érosions juxtaposées.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un chancre syphilitique, car la sérosité des érosions et celle qui a été obtenue par ponction d'un ganglion parotidien renferment des tréponèmes indiscutables, en grand nombre et bien mobiles. La réaction de Wassermann est d'abord négative le 7 octobre ; elle devient fortement positive le 14 octobre, après deux injections de cyanure de mercure et deux de novarsénobenzol de 0 gr. 30 et 0 gr. 45.

Ce même 14 octobre, on note l'éruption d'une roséole maculeuse bien fournie sur la partie supérieure du tronc et sur les membres supérieurs, mais sans plaques muqueuses, sans adénopathies périphériques. L'apparition de cette roséole est assez tardive puisqu'elle se fait 83 jours après l'inoculation. L'éruption a d'ailleurs été fugace et n'a pas duré plus de 3 jours.

Par la suite, et jusqu'au 18 octobre, sous l'action d'un traitement au novarsénobenzol et au cyanure de mercure, la régression du chancre et des adénopathies a été rapide.

Mais, à partir du 18 octobre, on remplace le cyanure quotidien par des injections bi-hebdomadaires de bivatol. Dès lors, le chancre reprend étendue et surtout relief, en même temps que les adénopathies prétragiennes et carotidiennes redeviennent volumineuses ; des ganglions apparaissent dans les régions scaléniques, axillaires, épitrochléennes. Un examen de sang reste cependant normal (hématies, 4.260.000 ; leucocytes, 7.600 ; polynucléaires neutrophiles, 66 % ; éosinophiles, 2 % ; lymphocytes, 23 % ; monocytes, 7 %). La glycémie est de 1 gr. 44.

Le 7 novembre, devant le peu d'action des doses d'arsenic (0,60, 0,75, 0,60), on décide de revenir au traitement par le cyanure de mercure.

L'agresseur de ce malade a été retrouvé par M<sup>me</sup> Morax, assistante sociale du service. On a pu l'examiner.

C'est un homme de 38 ans qui a été contaminé au Maroc, en mars 1934, c'est-à-dire 4 ans 1/2 auparavant. Très peu de temps après, il a transmis la syphilis à sa femme. Tous deux se sont alors soignés, assez médiocrement puisqu'ils n'ont reçu, pendant 4 mois environ, qu'une trentaine d'injections intramusculaires. Sans nouveaux traitements d'entretien, sans examens sérologiques, ils ont eu, depuis, deux enfants. Le premier, âgé de deux ans, a un front olympien et est nettement en retard pour son âge; - sa première dent est sortie à 17 mois; il a fait ses premiers pas à 20 mois; sa réaction de Wassermann est positive. Le second, âgé de trois mois, présente du coryza depuis sa naissance, des raghades nasales et labiales, une hydrocèle; la réaction de Wassermann est, ici encore, fortement positive.

Quant à lui-même, il ne montre, le 10 octobre, aucune éruption suspecte sur la peau ni sur les muqueuses; pas d'adénopathies périphériques. Mais sa voix est éraillée par périodes, depuis près de deux ans, et il dit avoir, de temps à autre, de petites érosions peu douloureuses dans la bouche; la dernière poussée daterait du début de septembre. La syphilis est restée en activité, car les réactions de Wassermann, de Hecht, de Kahn sont fortement positives; celle de Vernes est de 39.

## OBSERVATION PERSONNELLE

(Docteur N..., 30 octobre 1940)

M<sup>lle</sup> D..., 18 ans, vient consulter le 17 septembre 1940 pour une plaque de la dimension d'une pièce de 50 centimes, nettement indurée, légèrement saillante, décalvante, située sur l'arcade sourcilière droite environ à sa partie médiane.

Du côté droit, très importante tuméfaction parotidienne. Ganglions localisés au niveau de l'articulation maxillo-temporale. Aucun autre signe clinique notable.

On procède à l'examen particulièrement complet de la malade :

- aucune lésion tégumentaire;
- aucune lésion des muqueuses;
- pas d'adénopathie axillaire ni pelvienne.

L'examen des parties sexuelles de la malade nous montre qu'il s'agit d'une jeune fille non déflorée (hymen intact, vulve étroite, grandes lèvres peu développées). Aucune lésion du côté anal, aucune trace du côté mammaire.

L'interrogatoire très serré nous permet d'apprendre qu'au cours de son voyage de retour de zone libre en zone occupée cette jeune fille a passé la nuit dans une

grange près de la ligne de démarcation, dans une promiscuité assez répugnante.

Un homme couchant sur la paille à côté d'elle a tenté, dit-elle, au cours de la nuit, de la prendre dans ses bras et de l'embrasser sur la bouche. En se débattant, son arcade sourcilière est venue en contact avec les dents de l'homme qui l'a mordue volontairement ou involontairement. Les cris poussés par elle ont fait intervenir d'autres réfugiés qui ont « chassé l'individu à coups de pieds » ; elle ne l'a pas revu le lendemain.

La petite plaie a été lavée sur le moment avec ce que l'on avait sous la main, en l'occurrence un peu de cognac. Une petite croûte se forme en quelques jours, mais au bout d'un mois environ apparaît un léger suintement puis une érosion et enfin une croûte.

Nous pratiquons une ponction ganglionnaire qui décelé la présence de nombreux tréponèmes. A la date de notre premier examen le B.-W. est négatif mais, après deux injections de novarsénobenzol se positive. Trois jours après la deuxième injection, roséole localisée à la face, au cou, et à la région scapulo-humérale. Pas d'adénopathies.

Un traitement au novarsénobenzol fait disparaître rapidement le chancre. Ce traitement est actuellement poursuivi. Le Wassermann est toujours positif.

## CONCLUSIONS

Nous avons étudié, à l'occasion d'une observation personnelle, les principales localisations extra-génitales du chancre syphilitique de primo-infection.

1° L'étiologie la plus communément en cause est « l'accident », ce terme étant pris dans le sens d'un événement fortuit dont les gestes ou les actes normaux de l'individu ne laissent pas prévoir l'éventualité.

2° Sont toutefois exclus de la genèse accidentelle les chancres professionnels (chancre digital des médecins et sages-femmes, chancre mammaire des nourrices) et les chancres par coït contre nature (chancre anal des sodomistes, chancre buccal de la fellatio).

3° Les chancres par morsure, s'ils sont rares, ne sont pas cependant exceptionnels. Il reste toutefois à rechercher quel rôle peuvent jouer dans la transmission du tréponème ou peut-être d'un virus syphilitique le milieu bucco-dentaire, les états pyorrhéiques alvéolaires et leur septicité, aptes à loger des hôtes microbiens insoupçonnés, de même que le pH sali-

vaire par son action sur la vitalité des germes syphilitigènes.

4° Nous avons rapporté, outre des cas ayant fait l'observation de nombreux auteurs, un cas de chancre par morsure observé en clientèle.

5° Un traitement intensif immédiat rend le pronostic de ces chancres de primo-inoculation relativement bénin, cette relativité s'expliquant par ce fait que la positivité de la réaction de Wassermann peut disparaître à la suite de ce traitement immédiat dans certains cas, alors que dans d'autres, et probablement sous la dépendance d'un état syphilolabile du terrain, cette réaction demeure positive pendant un temps plus ou moins long.

VU : *Le Président de la Thèse,*  
GOUGEROT.

VU : *Le Doyen,*  
A. BAUDOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
*Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure,*  
*chargé des fonctions de Recteur*  
*de l'Académie de Paris,*  
CARCOPINO.

## BIBLIOGRAPHIE

### CHANCRES EXTRA-GENITAUX (Généralités)

1. BLUM (P.), BRULEZ (J.) et ARCHAMBAUD (R.). — *Ann. des Mal. vénér.*, mai 1931.
2. CARLIER (G.). — *Echo Méd. du Nord*, 30 déc. 1934.
3. CHABROL (Henri). — *Thèse*, Paris, 1925.
4. CARRIL (M.-J. DEL) et VIDAL (J.). — *Prensa Méd. Argent.*, 22 juillet 1936.
5. DUJARDIN. — *Ann. Derm. et Syph.*, 1919.
6. FINNERUD. — *Arch. Derm. u. Syph.*, VIII, 1923.
7. GUMPert (M.). — *Derm. Woch.*, LXXIX, 1924.
8. HALL (G. A. M.). — *British Med. J.*, 1924.
9. HIEMCKE. — *Nederland. Tijdschr. V. Genesk.*, 16 mars 1935.
10. HORLER (J.-R.). — *Rev. Ass. Méd. Argent.*, 2 juillet 1936.
11. LUISI. — *Thèse*, Paris, 1904.
12. MILIAN. — *J. des Prat.*, 1923.
13. NOEL. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1925.
14. NORSTROEM et LIND. — *Acad. Derm. Vénér.*, VII, 1926.
15. NUDEMBERG. — *Semana Medica*, 11 février 1932.
16. PARHAM. — *U. S. Naval, Med. B.*, 1925.
17. PERPIGNANO. — *La Riforma Medica*, 27 févr. 1937.
18. RAMOGNINI (P.). — *Pinerolo*, 1922, in-8°.
19. RONCHÈSE. — *Ann. des Mal. vénér.*, XXI, 1926.

20. ROUZAUD (Pierre). — *Soc. de Méd. Milit. Franç.*, n° 4, avril 1933.
21. TOBIAS (N.). — *Ann. J. Syph. Gonorr. vén. Dis.*, mai 1936.
22. TRIPET. — *Marseille Médical*, 1925.
23. VIGNE et DUSAN. — *Prov. Med.*, n° 25, 15 oct 1933..
24. WHITE, VANHAECKE et DUJARDIN. — *Arch. Med. Belges*, septembre 1922.

#### CHANCRES DE LA FACE ET DE LA BOUCHE

25. BABONNEIX (L.), WEISSENBAACH (R.), MARTINEAU (J.) et MÉNETREL (B.). — *La Méd. infant.*, juillet 1935.
26. GALLIOT (A.) *Méd. stomatol. Bull. off.*, août 1927.
27. WEIDMANN. — *Arch. Derm. u. Syph.*, IX, 1924.

#### CHANCRES DES LEVRES

28. COQUET (DE). — *B. Soc. de Med. et Chir. de Bordeaux*, 1923.
29. DAVID-CHAUSSE et CHABARDES. — *Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, XLIX, 1928.
30. GAUCHER et MILIAN. — *Soc. Franç. Derm. et Syph.*, mars 1903.
31. HOFFMANN. — *Derm. Zeitsch.*, 1905.
32. KORKHOFF. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1925.
33. MONCORPS. — *Zentralbl. f. Haut. et Geschlechtskr.*, XVIII, 1926.
34. ONTANON. — *Actas. dermo-sifiliog.*, n° 4, avril-mai 1927.
35. PAROUNAGIAN et GOODMAN. — *Ann. J. Sur.*, VII, 1923.
36. PETGES. — *Ann. des Mal. vénér.*, XXI, 1926.
37. PETGES (G.), LECOULANT (P.) et DELAS. — *Soc. anat. clin. de Bordeaux*. Séance du 15 avril 1929.
38. PETGES (G.), PETGES (A.) et LÉVY (J.). — *Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 17 et n° 18, 1933.

### CHANCRES DE L'AMYGDALE

39. ACHARD (C.). — *J. des Pratic.*, 17 mars 1929.
40. AMERISO (J.). — *Rev. Med. del Rosario*, déc. 1932.
41. ARDOUIN (P.). — *Monde Méd.*, Paris, 1<sup>er</sup> nov. 1933.
42. CARTEAUD (A.). — *Ann. des Mal. vénér.*, février 1933.
43. DOCTOROFF (G.). — *Thèse*, Nancy, 1899-1900.
44. FISCHER (G.). — *Concours Méd.*, n° 20, 19 mai 1935.
45. GREZZI (S.) et PAULLIER (V.-C.). — *Ann. de Faculté de Méd. Montévidéo*, juillet-août 1927.
46. HEMELEERS. — *Arch. Méd. Belges*, 1926.
47. HIGGUET. — *Soc. Belge d'Oto-rhino-laryngol.*, bull. 1927, n° 1.

### CHANCRES DE L'AMYGDALE LINGUALE

48. BELGODÈRE (G.). — *Ann. des Mal. vénér.*, juin 1931.
49. LÉVY-BING et CAMUS (Pierre). — *Ann. des Mal. vénér.*, janvier 1931.
50. LUBLINSKI (W.). — *Ann. d'Oto-rhino-laryng.*, 1900.

### CHANCRES DE LA LANGUE

51. BOLTANSKI. — *Rev. de Stomatol.*, II, janvier 1927.
52. BURNIER. — *Bull. Soc. Franç. Derm. et Syphil.*, 1923.
53. HOFFMANN. — *Derm. Zeitsch.*, 1905.
54. VILENSKY (Jérémie). *Thèse*, Paris, 1930.

### CHANCRES DE LA GENCIVE

55. BERGERET, PACAUD et FOURNET. — *Rev. de Stomatol.*, juillet 1928.
56. CABOT. — *New-Eng. Med.*, 23 janvier 1930.
57. DARCISSAC et HENNION. — *Rev. de Stomat.*, mars 1933.
58. PROUST, DARCISSAC et HENNION. — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 23 octobre 1932.

### CHANCRES DU MENTON

59. CHEVALLIER (P.) et PAUL (C.). — *Ann. des Mal. vénér.*, février 1934.
60. DANIEL (P.) et VAN DEN BUSSCHE (D.). — *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 26 mars et 9 avril 1933.
61. MAY (J.). — *Arch. Urug. de Méd. Cir. y especial*, janvier 1934.
62. ONTANON. — *Actas dermo-sifiliog.*, avril-mai 1927.
63. SPILLMANN. — *Rev. Méd. de l'Est*, 1926.

### CHANCRES DU NEZ

64. ATAOLLAH KHAN SAMIY. — *Thèse*, Paris, 1929.
65. BERNEA. — *Arch. Intern. de Laryngol.*, 1925.
66. BERTOIN (B.). — *Lyon Méd.*, 12 janvier 1936.
67. HUDELO, DUMET et FILHOULAUD. — *Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 9 décembre 1926.
68. RAMOGNINI (P.). — *Ann. des Mal. vénér.*, 1924.
69. ZEISLER. — *J. Amer. Med. Ass.*, 28 mai 1927.

### CHANCRES DU FRONT ET DE LA RÉGION TEMPORALE INFÉRIEURE

70. GOUGEROT et BURNIER. — *Ann. des Mal. vénér.*, février 1929.
71. LACASSAGNE (J.). — *Lyon Méd.*, 1921, CXXX.
72. MASON (F.). — *Méd. Press.*, London, 1874.
73. RONCHÈSE. — *Ann. des Mal. vénér.*, XXI, 1926.
74. TOURAINE (A.), SOLENTE (G.) et PAYET (M.). — *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, nov. 1938, avr. 1939.

### CHANCRES DU CUIR CHEVELU

75. BABONNEIX (L.), WEISSENBACH (R.), MARTINEAU (J.) et MÉNETREL (B.). — *La Méd. infant.*, juillet 1935.
76. DRUELLE (M.). — *Thèse*, Lyon, 1923-1924.
77. HESSINE (M.-J.). — *Ann. des Mal. vénér.*, 1926.

### CHANCRÉ DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

78. NAVARRO SALA (P.). — *Actas Dermo. Sif.*, oct. 1935.

### CHANCRES DE LA PAUPIÈRE

79. GUYOT. — *J. de Méd. de Bordeaux*, 30 mai 1929.  
80. IGA (Y.) et YASAKI (H.). — *Bull. Soc. Japon. e. Syph.*;  
*Abstr., Sect.*, février 1936.  
81. JUVIN. — *Dauphiné Méd.*, 1923.  
82. YVERT. — *La Normandie Méd.*, octobre 1930.

### CHANCRES DE LA CONJONCTIVE

83. BASCH (G.) et THIBAUT (D.). — *Prophyl. anti-vénér.*,  
novembre 1931.  
84. BLANCHARD (A.). — *Ann. d'Ocul.*, 1923.  
85. CARPENTER (E.-W.). — *South. M. J.*, Birmingham,  
1917.  
86. CAZALIS. — *Ann. d'Ocul.*, novembre 1926.  
87. LOUSTE et THIBAUT. — *Quinzaine Méd.*, septembre-  
octobre 1929.  
88. MEYER (S.-J.). — *Ann. J. Opht.*, août 1927.  
89. PONS et MARQUEZ. — *Arch. de Oftal. Hispano. Ann.*  
*de Barcelona*, 1913, XIII.

### CHANCRES DES DOIGTS, DE LA MAIN ET DE L'AVANT-BRAS

90. BERNARD. — *Bruxelles Méd.*, 6 décembre 1929.  
91. BIENFAIT. — *Thèse*, Paris, 1925.  
92. FLYE, SAINTE-MARIE. — *Bull. Soc. Franç. de Derm.*  
*et Syphil.*, 1928.  
93. GRASSI (A.). — *Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, 1931.  
94. LOUSTE, BRAUN et MARIN. — *Ibid.*, 1925.  
95. MARGARINT (M.) et ROSETTI (M.). — *Spitalul.*,  
mai 1931.

96. MAYRAND (R.) et GAUMOND (E.). — *Bull. Soc. Med. d'Hôp. Univers.*, Québec, octobre 1935.
97. MOTTA (J.). — *Folha Méd.*, 5 avril 1929.
98. PAUTRIER (L.-M.) et ZORN (R.). — *Réun. Derm. de Strasbourg*, 12 novembre 1933.
99. PETGES et GAUTHIER. — *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 15 août 1926.
100. PETGES (G.), LECOULANT (P.) et DELAS. — *Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux. Cour. Méd.*, 3 nov. 1929.
101. RABUT (R.). — *L'Hôpital*, n° 356, avril 1934.

#### CHANCRES DU PIED

102. ANDERSON. — *Ann. des Mal. vénér.*, 1925.
103. FLYE, SAINTE-MARIE. — *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, 1928.
104. SCHECHTER. — *Thèse*, Paris, 1925.

#### CHANCRES DU TRONC, DE LA PAROI ABDOMINALE ET DE L'OMBILIC

105. BLUM et BRULEZ. — *Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 16 janvier 1930.
106. PAYENNEVILLE. — *Normandie Méd.*, XXXVI, 1925.
107. ROEDERER (J.) et GLASSER (R.). — *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, décembre 1927.
108. WOLF. — *New-Orléans Med. and Surg., Jour.*, septembre 1928.